



Sviluppo della rete della residenzialità psichiatrica in Campania tra cronicità e nuova utenza

Autori

Walter Di Munzio¹, Francesco De Martino², Simona Spacagna³

1 Direttore DSM ASL Salerno, area Centro e area Sud

2 Sociologo della Unità di monitoraggio e valutazione dei dati di attività della direzione del DSM

3 Sociologa della Unità di monitoraggio e valutazione dei dati di attività della direzione del DSM

Inviato il 4.12.2015, rivisto il 6.12.2015, accettato il 9.12.2015

Riassunto

Negli ultimi venti anni abbiamo assistito ad una marcata evoluzione della rete delle residenze psichiatriche: da strutture che ospitano prevalentemente pazienti cronici, di età avanzata, ancora in larga parte provenienti dalle dismesse strutture basilari, a pazienti giovani, di nuova utenza provenienti dai servizi territoriali con un bisogno non più di residenzialità di lunga durata ma di periodi brevi all'interno di Progetti Terapeutici Individuali ben delineati e fortemente orientati al reinserimento sociale e lavorativo. Senza dimenticare il ruolo crescente delle famiglie e delle associazioni del volontariato e degli utenti/familiari.

Si è compiuto finalmente a 40 anni dalla riforma il completamento delle strutture dedicate, indispensabili a garantire una buona assistenza territoriale con la rete delle residenze sociali e socio-sanitarie. Si è compiuta la transizione da un approccio prevalentemente ospedaliero ad uno prevalentemente di tipo comunitario.

La Regione Campania si presenta oggi, quindi, con una rete di strutture anche a bassa assistenza e generalmente affidata alla gestione del privato sociale.

Abstract

In the last twenty years we have witnessed a marked evolution of the network of Psychiatric Facilities: by facilities hosting mainly patients with chronic illness, of advanced age, still largely coming from abandoned structures asylums, until facilities hosting young patients, new users coming from Local Mental Health Services, without needs of long-term residential care but within short periods of Individual Projects Therapeutic, well defined and strongly oriented to social and occupational reintegration. With a growing role of Families / User and Voluntary Associations.

It was finally completed 40 years after the Reform Law the network of dedicated facilities, necessary to ensure good community care with the network of social housing and social-health. It has accomplished the transition from a predominantly-hospital approach to a predominantly-community approach.

The Campania Region has today a network of low-care and also generally entrusted to the management of private facilities.

Introduzione

La chiusura dei 5 grandi Manicomio della Campania si è conclusa definitivamente nel 1999 con il trasferimento degli ultimi pazienti dall'Ospedale psichiatrico "L. Bianchi" nelle residenze aperte in città. Nell'anno successivo la Campania ha partecipato alla poderosa ricerca PROGRES che ha disegnato la situazione a quel momento della rete di strutture residenziali e dei servizi attivati in applicazione della riforma psichiatrica (L. 180/1978, conosciuta anche come "Legge Basaglia", inglobata, in quello stesso anno, nella Legge 833/1978 di riordino del Servizio Sanitario Nazionale) che ha

imposto la dismissione degli Ospedali Psichiatrici. Il volume Di Munzio, "Da Internati a Utenti", ha raccolto tutti i dati della dismissione istituzionale e monitorato il percorso istituzionale dei 1924 pazienti usciti dalle grandi strutture asilari. Di questi solo 721 (il 46%) con diagnosi di tipo psichiatrico furono ospitati nella nuova rete della residenzialità psichiatrica territoriale schematizzata nella Tabella 1. Gli altri, che presentavano o disabilità fisica (il 20,4%) o disabilità geriatrica (il 22,4%) furono invece presi in carico dai relativi settori specialistici.

La necessità di collocare questa particolare tipologia di utenza ha fortemente condizionato la definizione della rete delle residenze i cui posti letto sono stati per anni prevalentemente occupati da pazienti, con patologie psichiatriche residuali. Ciò naturalmente a discapito dei bisogni di residenzialità della nuova utenza dei servizi territoriali, che non trovava adeguata collocazione residenziale in strutture idonee (in genere a bassa e media intensità assistenziale se non di tipo sociale o socio sanitario).

La situazione della residenzialità all'inizio del 2000 era quella illustrata nella Tabella 1.

Tabella 1: Strutture Residenziali nelle 13 ASL della Campania – anno 2000

N° tot. SR	P.R.	Gr. App.	Casa Fam.	Com. Ter.	Com. Prot.	R.S.A.
62	899	4	13	10	34	0

Fonte: Dati della Ricerca PROGRES, DI MUNZIO W., 2001

Oltre trenta anni fa, quando a seguito dell'approvazione della legge 180 ha avuto luogo un radicale cambiamento dell'assistenza psichiatrica nel nostro Paese, gradualmente gli Ospedali Psichiatrici sono stati chiusi e si è costruito un sistema assistenziale basato su un'ampia rete di servizi di tipo comunitario, afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Uno degli aspetti più rilevanti di questa riorganizzazione dell'assistenza è stato costituito dall'apertura di un gran numero di Strutture Residenziali e semi residenziali non ospedaliere, destinate ad accogliere pazienti lungo-assistiti con disturbi mentali gravi. Si tratta di persone di età media o avanzata, spesso svantaggiate sul piano della scolarità e dello stato socioeconomico; molti di loro sono in trattamento psicofarmacologico. Nella maggior parte delle SR si svolgono un gran numero di attività e prestazioni, in genere con un programma terapeutico personalizzato.

Nel settore della Salute Mentale è opportuno giungere ad una corretta definizione delle prestazioni di tipo residenziale e semi residenziale, caratterizzate da differenti livelli di assistenza in ragione delle condizioni degli ospiti e quindi risulta necessario stabilire un percorso di cura integrato e condiviso per l'erogazione di prestazioni sociali e socio-sanitarie a carattere residenziale in modo da garantire i livelli essenziali di assistenza (Lea - Decreto ministeriale n.332 del 27 agosto 1999)

La D.G.R.C. N.7301/2001 ha definito tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche differenziate in:

- Strutture terapeutico riabilitative con presenza di personale di assistenza sulle 24 ore;
 - Strutture socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale con presenza di personale di assistenza sulle 12 ore;
 - Strutture socio-riabilitative a minore intensità assistenziale con presenza di personale di assistenza per fasce orarie
- La stessa delibera individua quali strutture semi-residenziali per l'erogazione di prestazioni in favore di utenti psichiatrici, anche i Centri Diurni aperti per almeno 8 ore al giorno.

In particolare il flusso delle strutture a bassa intensità assistenziale è disciplinato dalla D.G.R. N.666 del 06/12/2011, che stabilisce il criterio organizzativo e funzionale e che regola il panorama regionale dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali erogato da strutture come gruppi appartamento e comunità alloggio.

Quest'ultime presentano dimensioni ridotte, spesso piccoli appartamenti e operano nei termini dell'integrazione socio-sanitaria attraverso una stretta collaborazione tra operatori del servizio sociale dell'ambito territoriale di riferimento e gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale. Tale collaborazione avviene mediante un progetto individualizzato per soggetti psichiatrici concordato nelle unità di valutazione integrate (U.V.I.- L'Unità di Valutazione Integrata è un'equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dei Distretti e dei Comuni).

Solo nel 2011 la Regione Campania ha emanato il Decreto Commissariale N.5 del 10/01/2011 per regolamentare i requisiti da rispettare per le strutture socio-sanitarie Psichiatriche.

Il suddetto D.G.R.C. si riferisce “alle modalità di accesso e tariffe per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale in favore di cittadini adulti con disagio psichiatrico in base ai differenti livelli di assistenza indotti dalle condizioni degli ospiti, nel rispetto dei principi di adeguatezza degli interventi e contenimento della spesa e di garanzia di livelli di assistenza equi e solidali”.

Situazione attuale della Campania

Spostando l'attenzione sulla situazione presente in Regione Campania è possibile evincere la presenza di una moltitudine di strutture pubbliche e private che operano nel settore del disagio mentale. Qui di seguito presentiamo le tabelle che le riassumono in base al capoluogo di appartenenza:

Tabella 2

TIPOLOGIA STRUTTURA	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	TIPOLOGIA DI GESTIONE
SEMIRESIDENZIALE 78	BASSA 158	PUBBLICA 123
RESIDENZIALE 132	MEDIA 47	PRIVATA 44
	ALTA 5	MISTA 43

Tabella 3

PROVINCIA	POPOLAZIONE	RICETTIVITA' STRUTTURE IN REGIME DI SEMIRESIDENZA	RICETTIVITA' STRUTTURE IN REGIME DI RESIDENZA	TASSO p.l./pz. <u>semiresidenze</u> / 10 mila ab.	TASSO p.l./pz. residenze ogni / 10 mila ab.
Napoli	3.127.390	266	670	0.85%	2.14%
Salerno	1.105.485	266	374	2.40%	3.38%
Caserta	923.113	108	330	1.17%	3.57%
Avellino	430.125	32	82	0.74%	1.90%
Benevento	183.763	34	73	1.85%	3.97%
TOTALE	5.769.876	706	1529		

La Regione Campania presenta un totale di 207 strutture dedicate alla cura, alla riabilitazione e al reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici, dislocate sul territorio delle cinque province, di cui 124 di tipo residenziale e 83 di tipo semiresidenziale. Per quanto riguarda la disponibilità di posti letto in regime residenziale questi ammontano ad un totale di 1529 mentre la disponibilità di posti nelle strutture semiresidenziali ammonta a 706 posti.

Da un attenta lettura dei dati emerge una forte matrice pubblica sui territori di Napoli e Salerno, mentre Caserta, Benevento ed Avellino evidenziano un'importante presenza sul versante delle strutture private.

Risulta altresì evidente che, mentre in alcune province (Benevento, Caserta e Avellino), mancano strutture ad alta intensità assistenziale non ospedaliere, in tutto il territorio regionale sono presenti numerose strutture a bassa intensità assistenziale, che rendono il servizio psichiatrico accessibile alla stragrande maggioranza dell'utenza.

L'assetto organizzativo dipartimentale risulta essere completo ed articolato e denota la presenza di un'ampia rete socio-sanitaria in grado di offrire una notevole quantità di servizi e prestazioni.

L'espansione della realtà privata deriva da un preciso piano di sviluppo e crescita del territorio della Regione Campania attraverso un incremento di finanziamenti a valere su fondi vincolati.

Molte strutture di matrice privata derivano da progetti che rispondono a bisogni territoriali specifici e si propongono come valida alternativa per sostenere il bacino di utenza afferente alle fasce deboli, creando così percorsi di tutela e solidarietà in stretta collaborazione con le realtà territoriali come comuni, Asl e Piani di zona.

In psichiatria il concetto di cura è diverso da come viene inteso nel resto della medicina. La salvaguardia della persona assume un ruolo centrale, ma affinché questo sia possibile è necessario mettere in campo sempre più risorse e potenziare la rete dei servizi a tutela delle fasce più bisognose.

Nell'ottica del cambiamento è prevista l'apertura di nuove strutture che abbraccino un'utenza sempre più variegata e si prestino a supportare una realtà sociale sempre più complessa con particolare attenzione a quelle fasce di popolazione che richiedono un approccio specifico. Un esempio in questo senso è fornito soprattutto dalle rete delle strutture del privato convenzionate con il S.S.R.

Nell'ambito dell'innovazione organizzativa è da segnalare la recente apertura di una Struttura denominata "Polo Adolescenti Mariconda" (centro diurno e struttura residenziale) dedicata agli esordi psichiatrici, che coinvolgono una fascia di età specifica e prevedono un percorso di cura e di supporto nel quale siano coinvolte in prima linea istituzioni quali la famiglia e la scuola.

Bibliografia

1. DI MUNZIO W. Valutazione Costi Management. Il caso particolare della psichiatria nel processo di aziendalizzazione della sanità in Italia. Roma: FrancoAngeli; 1998.
2. DE GIROLAMO G, PICARDI A, MOROSINI P. per il Gruppo Nazionale PROGRES: Le strutture residenziali in Italia: il progetto PROGRES. Living with Schizophrenia. 2001; 4:"5-8".
3. DI MUNZIO W. Da Internati ad Utenti. Il difficile percorso della psichiatria in Campania dalla dismissione manicomiale alla costruzione della rete delle strutture residenziali, Napoli: Idelson Ed.; 2001.
4. DE GIROLAMO G, PICARDI A, MICCIOLO R, FALLOON I, FIORITTI A, MOROSINI P. for the Italian PROGRES study group: Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. British Journal of Psychiatry. 2002; 181: "220-225".
5. KATSCHNIG H, FREEMAN H, SARTORIUS N, DI MUNZIO W. (a cura di): Qualità della vita nei Disturbi Mentali. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 2011.

Gli autori dichiarano di non avere conflitto d'interesse né fonti di finanziamento per il presente articolo.